様式第６号

自己負担上限月額
自己負担上限月額再認定
高額かつ長期
按分解除

小児慢性特定疾病支給認定申請書

※太枠内を記載してください。

受給者番号							

患者	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	平成・令和	年　月　日	年齢
	フリガナ 住所	〒	電話番号	－	－	
保護者（患者が18歳未満の場合のみ記入）	フリガナ		続柄	生年月日		
	氏名			明・大 昭・平	年　月　日	
	フリガナ 住所	〒	電話番号	－	－	
送付先（患者（患者が18歳未満の場合は保護者）住所以外を希望の場合に記入）	フリガナ					続柄
	氏名					
	フリガナ 住所	〒	電話番号	－	－	

※次の申請を行い基準を満たしている場合、自己負担上限月額が下がります。

	該当する場合「○」を御記入ください
総医療費が基準を満たしているので高額かつ長期に関する自己負担上限月額の軽減を申請します（自己負担上限月額管理票の写しが必要です）。	

※次の申請を行うと自己負担上限月額が「上がる」場合と「下がる」場合があります。

	該当する場合「○」を御記入ください
市町村民税の更正決定を受けたため自己負担上限月額の再認定を申請します（世帯調書、保険情報書類の写し、税証明が必要です）。	
基準世帯員又は保護者が変更になったため自己負担上限月額の再認定を申請します（世帯調書、保険情報書類の写し、税証明が必要です）。	

※次の申請を行い基準を満たしている場合、自己負担上限月額が上がります。

	該当する場合「○」を御記入ください
世帯按分の解除を申請します。	

御署名ください

私は小児慢性特定医療費医療受給者証の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

宮城県知事　　殿

患者（又は保護者）氏名

以下記載不要です

保健所使用欄

添付書類チェック（上限額変更）
□世帯調書 □保険情報書類（□：マイナ省略あり） □税証明（□：マイナ省略あり） □マイナ省略確認書（□：Ｂ２同意あり） □年金・手当当証明書類 □非課税収入申告書 □無収入申立書 □マイナンバー本人確認 □按分受給者証写し □受給者証写し

添付書類チェック（高額長期）
□管理票写し □受給者証写し

添付書類チェック（按分解除）
□世帯調書 □保険情報書類 □受給者証写し □マイナ省略確認書

HCNo

保険情報目視確認